

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

645

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'UNIVERSITÉ)

PAR

Louis, Guy, A MAGLOIRE

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 20 Juillet 1934, à PORT-au-PRINCE (Haïti)

présentée et soutenue publiquement le

LE POUVOIR HISTAMINO-PEXIQUE DU SERUM
DANS LA MALADIE DE BOUILLAUD

Président : Monsieur de SEZE (Professeur)

D. P. TAIB

8. Rue Casimir-Delavigne

PARIS - VI^e

1961



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1961

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Université)

par

Louis, Guy, A MAGLOIRE

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 20 juillet 1934
à Port-au-Prince (Haïti)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

LE POUVOIR HISTAMINO-PEXIQUE DU SERUM

DANS LA MALADIE DE BOUILLAUD

--

Président : Monsieur de SEZE (Professeur)

--

D.P. TAIB

8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1961.

no/12



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BERNARD (M), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAILLIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),

DOYEN : Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
(Cochin	QUENU (J)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu	PATEL
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
	CORDIER (G)
	LORTAT-JACOB
	LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovasculaire (Broussais)	de GAUDART d'ALLAINES (F)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (E. Mal)	LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)

Gérontologie		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants		CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques		HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		GARCIN (R)
	(Cochin	BROUET
	(Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L)
	(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
Cliniques médicales	(Broussais	SOULIE (P)
	(Pitié	DREYFUS (G)
	(St-Antoine	KOURILSKY (R)
	(Boucicaut	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique		de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutri- tion (Hôtel-Dieu)		DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie		DAVID
	(Baudelocque	LACOMME (M)
Cliniques	(Port-Royal	VARANGOT
obstétricales	(Foch	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.		LEPAGE
Clinique ophtalmologique		RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire		TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale		MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie		BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile		MICHAUX (L)
Clinique de puériculture		LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)		COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale		DJOURNO (A)
Embryologie		GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		de SEZE
Histologie		VERNE (J)

	MM.
Hygiène des collectivités.....	DEPARIS
(ch. à t. pers.)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau).....	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (P)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H)
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie.....	GALLIARD (H)
Pathologie exotique.....	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée.....	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale.....	MILLIEZ
Pathologie et thép. générales.....	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale.....	CHEYMOL (J)
Physiologie.....	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.).....	PARROT
Physique médicale.....	DOGNON (A)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale.....	LEGER
Thérapeutique.....	CONTE

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES
MM.

	(CABROL (C)
Anatomic.....	(COUINAUD (C)
	(OLIVIER (G)
	(GAUTHIER-VILLARS
	(Melle P) pr. s. ch.
	(BUSSE (F)
Anatomie pathologique.....	(GOUYGOU (Ch)
	(ORCEL (L)
	(PAILLAS (J)
Anesthésiologie.....	(VOURC'H (G)
	(NEVOT (A) pr. s. ch.
	(BARBIER (P)
Bactériologie.....	(CHRISTOL (D)
	(TOURNIER (P)
	(DESGREZ (P) pr. s. ch.
Biochimie médicale.....	(POLONOVSKI (J) m. conf.
	(SCHAPIRA (G) pr. t.p.
	(DENOIX (P)
Carcinologie.....	(MATHE (G)
	(DUPERRAT (B)
Dermato-syphiligraphie.....	(LEDOUX-LEBARD (G)
Electro-radiologie.....	(TUCHMAN-DUPLESSIS (H)
Embryologie.....	

MM.

Hématologie.....	(BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie.....	(MAROIS (M) RACADOT (J)
Hydrologie.....	CORNET (A) (BOYER (J) pr.s.ch.
Hygiène.....	(CORRE-HURST (Mme L) (BASTIN (R)
Maladies infectieuses.....	(DUPONT (V) (DEROBERT (L) pr.s.ch.
Médecine légale.....	(HADENGUE (A) FOURNIER (E) GUENIOT (M)
Médecine du travail.....	ALBAHARY (C)
Neurologie.....	LHERMITTE (F) (GRANJON (A) HERVET (E) LE LCRIER (G)
Obstétrique.....	MORIN (P) MUSSET (R) ROBEY (M) THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie.....	(BREGEAT (P) SARAUX (H) (JUDET (R)
Orthopédie.....	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie.....	DEBAIN (J)
Parasitologie.....	(BRUMPT (L.C) pr.s.ch. CHABAUD (A) BARCAT (J) BINET (J.P.) CAUCHOIX (J) CHATELIN (G.L) DUBOST (Ch) DUBOST (Cl) FAUREL (J)
Pathologie chirurgicale.....	FLABEAU (F) GERMAIN (A) LOYGUE (J) MERCADIER PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G)
Pathologie exotique.....	SCHNEIDER (J)

	MM.
Pathologie expérimentale	(CROSNIER (J)
	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)
Pathologie expérimentale	(PLAS (F)
	(RICHET (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUR (H)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y).
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGE (A)
	(CASTAIGNE (P) m.conf.
Pathologie médicale	(CATINAT (J)
	(CONTAMIN (F)
	(COURY (C)
	(FREZAL (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHÉ (Cl)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(NICK (J)
	(PEQUIGNOT (H) m.conf.
	(ROYER (P)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
	(MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
	(LEVY (Melle J)pr.s.ch.
Pharmacologie	(BOISSIER (J)
	(LECHAT (P)
Physiologie	(DEJOURS (P)
Physique médicale	(GOUGEROT (L) m.conf.
Pneumo-phthisiologie	(KREIS (B)
Psychiatrie	(FICHOT (P)
Psychiatrie infantile	(DUCHE (D)
Rhumatologie	(DELBARRE (F)
	(CERNEA (P)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A)m.c.agr.
	(GRELLET (M)
	(CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	(LAMOTTE (M)
Urologie	(QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurg.	(ABOULKER (P)	Clinique obstétricale	(GRASSET (J)
	(AMELINE (A)		(MAYER (M)
	(HUGUIER (J)		(RAVINA (J)
	(OLIVIER (C)	Clinique ophthalmol.	(DESIGNES (P)
	(PADOVANI (P)		(OFFRET (G)
	(POILLEUX (F)	Clinique oto- rhino-laryng.	} MADURO (R)
Clinique médicale	(ROUX (M)		
	(VERNE (J.M)	Clinique pé- diatrique et	} LAPLANE (R)
	(HAGUENEAU (J)		
	pr.s.ch.	Clinique psychiatrique	} BARUK (H)
	(DOMART (A)		
	(PERRAULT (M)	Clinique urologique	} KUSS (R)
	(RAMBERT (P)		
	(THIEFFRY (S)		

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie.....	MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale.....	ETTORI (J) pr. à t.pers.
Pathologie chirurgicale.....	RUHLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté.....	M. LENA (J)
Secrétaires.....	Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL(G) Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la bibliothèque.....	M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs.....	Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
Bibliothécaires.....	Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de ma Soeur

Marie-Michèle MAGLOIRE,

enlevée à l'affection d'une
grande famille le 13 juin
1959.

A ma Mère et à mon Père,

Qui voient se réaliser un de
leur plus beaux rêves. Je
leur dois tout.

Qu'ils trouvent ici le témoi-
gnage de ma piété filiale
et de mon infinie reconnais-
sance.

A ma Marraine et à son Mari,

mon Oncle Pradon Théodore,

Dont l'affection, de dévoue-
ment et le soutien ne m'ont
jamais fait défaut.

Avec toute ma tendresse



A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur S. de SEZE,

Professeur d'Histoire de la Médecine
et de la Chirurgie à la Faculté de
Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui a bien voulu nous faire
le grand honneur de prési-
der cette thèse,

Avec nos sentiments de res-
pectueuse reconnaissance.

A Messieurs les Membres du Jury,

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
de Paris.

A ma Femme et à mon Fils Eric,

Avec toute mon affection.

A mon Oncle, le Général Paul E. MAGLOIRE,

Avec mes sentiments
d'admiration.

A mon Confrère et Ami,

le Docteur Jacques BRESSON,

Avec toute mon amitié.

A tous mes Parents,

A tous ceux qui m'ont aidé à réaliser
ce travail.

A mes Amis.



LE POUVOIR HISTAMINOPEXIQUE DU SERUM
DANS LA MALADIE DE BOUILLAUD

-:-



INTRODUCTION

-:-

Au cours des quinze dernières années la compréhension de la maladie de Bouillaud a fait d'immenses progrès avec la mise en évidence de l'étiologie streptococcique.

Dans le même temps, le diagnostic de la maladie a été rendu plus aisé grâce à la mise en oeuvre de nouveaux tests de l'inflammation et de nouvelles réactions immunologiques. Mais l'association de manifestations articulaires et cardiaques n'a pas encore trouvé d'explications valables.

Pour la majorité des auteurs, ces manifestations seraient une complication non suppurée des infections rhino-pharyngées à streptocoque hémolytique du groupe A. Il s'agirait même d'une complication de nature allergique.

Cette hypothèse n'a pas encore reçu de confirmation. Il semble logique de rechercher dans quelle mesure les tests de l'allergie peuvent s'appliquer à cette maladie et quelle valeur leur attribuer.

On sait la part éminente prise par les auteurs français dans les recherches sur l'allergie et la détermination du rôle de l'histamine. Citons en particulier MM. BENDA, URQUIA, PARROT. Les phénomènes

d'histaminopexie et d'histaminolyse sont maintenant bien établis.

C'est ainsi qu'on en est venu à la notion de pouvoir histaminopexique du sérum sanguin, d'abord appliqué à l'asthme, au rhume des foins, à l'urticaire...

Il s'agit de déterminer quelle quantité d'histamine le sérum d'un sujet donné est capable de neutraliser. Les nombreuses expériences du Professeur PARROT ont établi de façon formelle que le sujet normal en fixe une certaine quantité alors que le sujet allergique n'en fixe pas du tout. Le principe de la réaction est simple : on connaît depuis longtemps la sensibilité des muscles lisses, en particulier l'intestin de Cobaye à l'histamine. Cette propriété est utilisée pour le dosage de ce corps, la contraction obtenue étant proportionnelle à la dose d'histamine. Tout sérum pouvant fixer l'histamine fera donc diminuer la contraction initiale, alors qu'il n'y aura aucun changement lorsque cette capacité de fixation n'existe pas.

Notre propos est d'étudier ce qui en est dans la maladie de Bouillaud. Nous avons effectué dans ce but 182 prélèvements chez des sujets de 7 à 18 ans, les dosages ont été faits au Centre International de l'Enfance.

Pour les malades en phase aiguë, nous nous sommes efforcé de suivre l'évolution par des prélèvements successifs au cours du premier mois de traitement, et par la suite. Chez les convalescents, ayant fait leur crise dans les cinq dernières années, nous nous sommes borné à un prélèvement.

Après un bref rappel de la technique de dosage, nous étudierons :

- les résultats obtenus et leur évolution chez les rhumatisants en phase aiguë,

- l'état du pouvoir histaminopexique chez les convalescents,

- enfin, nous essaierons de tirer les conclusions.

-:-

- II -

TECHNIQUE DE DOSAGE

-:-

Depuis DALE et CAIDLAW (1910), on utilise pour le dosage de l'histamine, la contraction des fibres musculaires lisses. On a recours à l'iléon de Cobaye, particulièrement sensible.

Des Cobayes mâles, pesant environ 250 à 300 grammes, ayant subi un jeûne d'environ 8 heures sont sacrifiés par saignée. On prélève deux fragments d'iléon d'une longueur de 3 centimètres environ. Ils doivent être soigneusement débarrassés de tout contenu par lavages au liquide de Tyrode. Le fragment est plongé dans un tube, baignant dans une cuve contenant une solution nutritive. L'extrémité supérieure du fragment est liée à un stylet enregistreur faisant partie du levier myographique. Le bain est maintenu à 37°, et un barbotage d'air assure une oxygénation suffisante, en même temps qu'une agitation rend la composition du bain homogène. Un tambour de Marey assure l'enregistrement des contractions.

On introduit dans le tube contenant le fragment, une quantité connue d'histamine diluée, à l'aide d'une pipette. On met en marche le système de rotation et on enregistre une dizaine de contractions. Puis le sérum à étudier est à son tour ajouté à la préparation à une dilution donnée.

La diminution de la contraction initiale, quand elle existe est appréciée à la règle millimétrée, évaluant le pouvoir histaminopexique de ce sérum donné. Cette diminution est ramenée à un pourcentage par rapport à la contraction initiale, de façon conventionnelle.

C'est ainsi que le sérum de sujets sains non allergiques diminue d'environ 30 p.100 la contraction du muscle lisse du Cobaye. Lorsque l'adjonction de sérum n'apporte aucune modification, le pouvoir de captation est nul ; on dit alors que le pouvoir histaminopexique est à 0. Entre ces deux extrêmes, on rencontre évidemment des paliers successifs qui permettent de fixer un chiffre approximatif, et l'on comprend que une fixation de 10 p.100 par exemple dénote un pouvoir abaissé mais non annulé comme il l'est à 0.

Les repères ainsi définis on peut délimiter plusieurs zones :

- A zéro : pouvoir histaminopexique nul,
- entre zéro et dix, zone de fixation faible,
- entre dix et vingt zone intermédiaire,
- à partir de vingt-cinq, c'est la normale.

Il est certain que les résultats les mieux individualisés se situent dans l'ordre ascendant :

- 1) au zéro,
- 2) au tiers de la normale (10)
- 3) au deux tiers (20),
- 4) au résultat normal (25 à 30).

Il est certain que comme pour toute méthode de dosage biologique, celle-ci n'échappe pas à certaines critiques. En particulier l'évaluation des pourcentages reste très subjective ; inconvénient auquel pallie une grande expérience.

De plus, la fatigue du muscle, et sa moindre réactivité à certaines périodes de l'année peuvent présenter de nouvelles causes d'erreur. Mais il reste que de grands services sont rendus par ce dosage.

- III -

LE POUVOIR HISTAMINOPEXIQUE
AU COURS DE LA CRISE AIGUE
DE LA MALADIE DE BOUILLAUD

-:-

Les résultats obtenus permettent d'affirmer dès le début de ce chapitre que le pouvoir histaminopexique est incontestablement diminué au cours de la maladie de Bouillaud.

Sur nos cinquante sujets vus à la première crise, nous n'avons trouvé aucun dont le pouvoir histaminopexique dépasse 25, avant tout traitement.

Les chiffres se répartissent ainsi :

Nombre de sujets	Pouvoir histaminopexique
7	0
8	entre 0 et 10
32	10
3	entre 10 et 20

Dans le même temps, nous avons prélevé aux mêmes périodes du sérum chez 28 sujets d'âge semblable, atteints d'affections diverses : 10 pneumopathies saisonnières, 3 rhinopharyngites, 3 néphropathies, 2 érythèmes noueux, 9 hospitalisations pour raisons sociales :

Nombre de sujets	Pouvoir histaminopexique
2	0
3	10
1	entre 10 et 20
12	supérieur à 25

Ces deux séries de résultats appellent un certain nombre de commentaires. Chez les sujets témoins, la prédominance des chiffres normaux quoique établie sur un petit nombre d'observations paraît indéniable. Dès lors comment expliquer les chiffres anormaux.

On sait que le Professeur PARROT pense que chez les sujets normaux, un pouvoir histaminopexique nul dénote un terrain allergique soit génétique, soit en puissance. Cependant l'enquête étiologique à laquelle nous nous sommes livré chez les deux sujets ayant un chiffre nul (l'un atteint d'une albuminurie orthostatique, l'autre d'une banale rhinopharyngite) ne nous a permis de trouver aucune manifestation allergique dans le passé ni chez les proches parents.

Sous réserve d'une maladie inapparente, ne doit-on pas considérer ces résultats comme aberrants ?

Parmi les 3 sujets, dont le pouvoir est à 10, on trouve un érythème noueux, une broncho-alvéolite et un cas social. Là, nous ne nous sommes livré à aucune enquête et regrettons de n'avoir pu effectuer un nouveau prélèvement en fin de traitement.

Au total, sachant que l'on peut diffi-

cilement tirer des conclusions sur un si petit nombre de cas, on peut dire que le pouvoir histaminopexique est normal chez la majorité des sujets non allergiques et chez les malades non rhumatisants.

Cette conclusion s'appuie d'ailleurs sur une enquête réalisée à Brévannes chez les primo-infections tuberculeuses, montrant un chiffre normal dans la grande majorité des cas.

L'interprétation des chiffres obtenus au cours de la crise de rhumatisme articulaire aigu avant tout traitement s'avère plus aisée ; on peut noter :

- le grand pourcentage (64 p.100) de sujets à 10, chiffre nettement inférieur à la normale,

- la situation au-dessous de 25 de la totalité des sujets rhumatisants, avant tout traitement.

Il reste à interpréter les chiffres nuls.

Tout de suite, disons que chez ces sujets, nous n'avons pas trouvé de traces d'allergie et que la plupart en cours d'évolution tendent à rejoindre la zone positive.

En cours de traitement, on s'attendrait à trouver une augmentation progressive du chiffre de pouvoir histaminopexique. La multiplicité des prélèvements et la difficulté présentée par un nombre élevé de dosages ne nous a pas permis de reprendre du sérum à tous les malades. Chez

32 d'entre eux, cependant, cela a été possible, le quinzième jour et à la fin du premier mois. Précisons que tous étaient au traitement hormonal et antibiotique.

Les résultats sont décevants; car on ne retrouve pas l'ascension que l'on pourrait, raisonnablement prévoir.

Certes, on a vu passer de 0 à 5, trois des sujets précédemment à 0, mais le fait majeur est la grande stabilité de ceux fixés à 10, pour lesquels nous n'avons constaté aucun changement. Nous avons même chez trois fillettes particulièrement faciles procédé à quatre prélèvements successifs, semaine après semaine.

Leur pouvoir est resté au chiffre initial de 10.

Y a-t-il une différence notable entre les rhumatisants porteurs d'une séquelle cardiaque et ceux qui n'ont présenté aucune manifestation de ce genre ?

On imagine volontiers les conclusions que l'on pourrait tirer s'il s'avérait que toutes les cardites rhumatismales présentaient un pouvoir nul et le demeurant, comme dans les maladies allergiques.

Parmi nos malades, 11 présentaient dès le premier examen des signes de lésion cardiaque.

Ils se sont répartis de la façon suivante :

2 sur 7 étaient à 0,

1 sur 3 entre 0 et 10,

8 sur 32 à 10.

Encore faut-il souligner que 5 de ces cardites se traduisaient par un souffle systolique de pointe qui régressait dans le courant du premier mois du traitement.

A ce sujet, nous devons signaler deux observations :

Marie-Christine C..., 12 ans

atteinte d'une péricardite rhumatismale sans signes articulaires, mais avec tests inflammatoires et immunologiques fortement positifs, dont le pouvoir histaminopexique est resté stable à 10 avant, pendant, et après le traitement.

Monique T..., 15 ans

ayant fait une forme fruste de rhumatisme articulaire aigu mais en ayant gardé un rétrécissement mitral bien toléré. Elle a subi une commissurotomie deux mois après la découverte de sa cardite. Son pouvoir histaminopexique avant et après l'opération était à 10.

Telles sont donc les observations que nous avons pu faire pendant le premier mois. Elles indiquent clairement que le sérum du sujet rhumatisant est incapable de fixer la dose d'histamine que fixe le sérum normal.

Cette incapacité demeure même après un traitement hormonal intensif.

Va-t-on assister à une remontée lente du pouvoir histaminopexique en cas de guérison de la maladie et de prévention des rechutes par une prophylaxie bien conduite ?

Verrons-nous chez les convalescents de longue date ce pouvoir revenir à la normale ?

Ce sera l'objet du prochain chapitre.

- IV -

LE POUVOIR HISTAMINOPEXIQUE
CHEZ LES RHUMATISANTS CONVALESCENTS

- : -

Grâce à l'obligeance de la consultation du rhumatisme de l'Hôpital des Enfants-Malades, nous avons pu effectuer des prélèvements chez les sujets convalescents, ayant fait leur crise aiguë dans les cinq années précédentes. Leur guérison affirmée, notamment par le retour à la normale du taux des antistreptolysines O et de la vitesse de sédimentation, il paraît intéressant de voir dans quelle mesure leur sérum était capable de fixer de l'histamine. Avant de faire état des résultats obtenus dans ce groupe, nous devons signaler qu'il nous a été donné de revoir, après leur séjour en maison de convalescence (Châteaux des Côtes et de la Roche-Guyon) 12 de nos anciens malades.

Le recul était certainement insuffisant puisque le nouveau prélèvement venait entre 4 et 6 mois après la phase aiguë. Cependant, nous espérons en tirer des enseignements précieux surtout en notant en face d'eux les résultats des convalescents plus anciens.

Sur ces douze malades, 8 avaient un pouvoir histaminopexique à 10 au moment de leur polyarthrite, 5 d'entre eux ont gar-

dé le même chiffre, tandis que les autres amorçaient une remontée à 15, remontée assez timide à notre avis.

En définitive, le passage de 0 à 10 de 3 autres sujets semble plus parlant, mais y a-t-il encore possibilité d'évolution.

L'idéal serait d'effectuer chaque année un nouveau prélèvement, apportant alors des données plus solides que celles-ci.

Répétons d'ailleurs que statistiquement parlant ce travail aurait exigé d'être poursuivi sur plusieurs années, mais nos obligations ne nous ont pas permis d'accéder à ce désir.

Aussi notre conclusion provisoire pour ces malades, chez qui nous avons effectué plusieurs prélèvements, dénote-t-elle une stabilité de pouvoir histaminopexique.

Chez les convalescents de plus longue date quels sont les résultats ?

Certes, ils n'ont pas été préalablement suivis, mais peut-on tirer une conclusion d'emblée sur la façon dont réagit leur sérum vis-à-vis de l'histamine ?

Essayons d'abord de les classer. Dans une consultation d'enfants et d'adolescents anciens rhumatisants, les sujets ne manquent pas. N'était la longueur de chaque dosage biologique, des prises de sang étaient faites systématiquement à chaque visite, nous aurions pu en peu de temps assembler un nombre très important de sérums. Ces limitations nous ont conduit à 34 sujets.

Nous avons cherché à les partager en un nombre à peu près égal de filles et de garçons (18 et 16).

Plus du tiers (12) d'entre eux était porteur d'une cardite rhumatismale. Ils présentaient un âge moyen de 11 à 15 ans et en règle, générale, leur crise aiguë remontait à 2 ans $\frac{1}{2}$ ou 3 ans. Tous avaient suivi un traitement hormonal et étaient régulièrement sous prophylaxie antibiotique.

En un mot, nous avons cherché à réunir la sélection la plus homogène possible.

Voyons les chiffres :

Nombre de sujets	Pouvoir histaminopexique
2	à 0
6	à 10
20	à 15
4	à 20
2	supérieurs à 20

Le fait dominant ici est la situation de la majorité des cas à un chiffre moyen (15) un peu supérieur à celui que l'on trouve dans les cas aigus, mais restant cependant au-dessous de la normale, et ce, plus de deux ans après la guérison.

Nous avons consulté les documents cliniques des sujets gardant un chiffre bas ou nul avec une particulière attention.

A 0 on trouve péricardite primitive sans arthralgies et un ancien rhumatisant de 1958 porteur d'une insuffisance mitrale

et d'une insuffisance aortique.

A 5, 3 anciens rhumatisants avec insuffisance mitrale et 2 autres sans séquelles cardiaques.

Quant aux deux cas supérieurs à 20, chiffre qui peut être assimilé à la normale, c'étaient des rhumatismes articulaires aigus "probables" ; un de 1957, un autre de 1958, sans séquelles cardiaques.

Nous voyons donc que par ailleurs nous nous trouvons dans une zone de chiffres abaissés, sans qu'on puisse exclure l'idée d'une remontée ultérieure.

Pourquoi après la guérison, et en cours de convalescence certains sujets gardent-ils un pouvoir très bas ?

On peut se demander s'il n'y a pas là une question de susceptibilité individuelle.

Là encore, les chiffres de pouvoir histaminopexique n'ont pas fait la distinction attendue entre anciens rhumatisants à coeur sain et ceux porteurs d'une séquelle cardiaque.

En effet si nous avons rencontré à 0 deux sujets avec cardite, à 15 nous avons été surpris de trouver une maladie mitrale, stabilisée il est vrai.

Telles sont donc les constatations que nous avons pu faire au cours de cette étude.

CONCLUSIONS

-:-

Dans la maladie de Bouillaud, il est acquis que le pouvoir histamino-pexique est diminué.

Nous avons vu qu'au cours de la crise aiguë les chiffres obtenus étaient nettement inférieurs à la normale, parfois nuls. Pendant le premier mois de traitement, aucun changement significatif n'intervient.

Par contre, en cours de la convalescence, il s'esquisse une remontée indiscutable du chiffre initial. Assistera-t-on à une normalisation dans les années suivantes ? Ou la capacité de fixation de l'histamine par le sérum d'anciens rhumatisants, restera-t-elle indéfiniment au-dessous de la normale ? Il reste à le déterminer.

Au terme de ce travail, il ressort que cette perte d'une propriété biologique du sérum présente beaucoup de ressemblances avec les faits observés dans les maladies allergiques. Poussé plus loin, il apporterait un sérieux argument à l'hypothèse de la nature allergique des manifestations articulaires et cardiaques de la maladie de Bouillaud.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : S. de SEZE

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

--:-

BENDA et URQUIA

(Paris 1950)

Recherches expérimentales sur l'asthme
Application au diagnostic et au traitement.

DEBRE et LELONG

Pédiatrie.

JARNIVEN Klauss

(Stockholm 1952)

Investigations on the relations of
rheumatoid arthritis and rheumatic
fever to allergy.

MEYER

(Thèse, Paris 1952)

Histamine, rôle dans les états allergiques.

PARROT J.L.

Action de l'histamine sur l'iléon isolé de Cobaye. Analyse du diagramme action-dose.

SEZE S. de et RYCKEWAERT

Paris 1954

Maladies des os et des articulations.

THOUVENOT

(Thèse, 1952)

Histamine, dosage biologique.

--:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

